



**ROGUE COMMUNITY HEALTH  
CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION MEDICAL**

Yo autorizo a Rogue Community Health para que **use y divulgue** la información médica de \_\_\_\_\_ con los propósitos de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Medica.

\* **Tratamiento** (incluye actividades realizadas por un proveedor medico, enfermera, personal del laboratorio, empleados de la oficina, y otros tipos de profesionales médicos que le brindan atención medica, coordinación o manejo de su cuidado con terceras identidades, y consultaciones con y entre otros médicos. Este consentimiento incluye tratamiento proveído por cualquier personal medico que cubre nuestra clínica por teléfono como el personal medico que toma llamadas fuera de las otras de trabajo.

\***Pago** (incluye actividades involucradas para determinar su elegibilidad de la cobertura de su plan de seguro medico, facturación y recibir pago por sus reclamos de beneficio de salud, y utilización de manejo de actividades que pueden incluir revisión de los servicios de salud para la necesidad medica, justificación de cargos, pre-certificación y preautorización.

\***Operaciones de Atención Médica** (incluye las funciones administrativas y de negocio necesarias de nuestra oficina). Rogue Community Health es parte de un acuerdo de cuidado de salud organizado que incluye a participantes del Oregon Community Health Information Network (OCHIN). Su información médica puede ser compartida por Rogue Community Health con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los propósitos de operaciones de atención médica.

Usted puede revisar el “**Aviso Sobre las Practicas de Privacidad**” del Rogue Community Health para la información adicional sobre los usos y divulgaciones de información descrita en este CONSENTIMIENTO antes de firmar este CONSENTIMIENTO. Por favor verifique que usted ha recibido una copia de nuestro **Aviso** al imprimir sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_ .

Porque hemos reservado el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo a la ley, los términos contenidos en el **Aviso** también pueden cambiar. Un resumen del **Aviso** será publicado en nuestra sala de espera y pagina de Internet indicando la fecha de vigencia del **Aviso** en la esquina superior derecha. Le ofreceremos una copia del **Aviso** en su primera cita con nosotros después de que entre en vigor la fecha del entonces **Aviso** actual. También le proporcionaremos una copia del **Aviso** cuando usted lo solicite.

Como el **Aviso** le explicara mas en detalle, usted tiene el derecho a solicitar restricciones en como usamos o divulgamos su información medica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención medica. **No estamos obligados a aceptar su petición.** Si estamos en acuerdo, estamos obligados a cumplir con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Otro personal médico que proporciona cobertura de llamadas para nuestra oficina están obligados a usar y divulgar su información medica protegida de acuerdo con el **Aviso**.

**Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO siempre y cuando lo haga por escrito, excepto cuando Rogue Community Health ya haya usado o divulgado la información dependiendo en los términos de este Consentimiento.**

\_\_\_\_\_  
(Fecha) \_\_\_\_\_ (o)  
(Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha) \_\_\_\_\_  
(Firma de la persona autorizada por ley)